

問診表

年 月 日 時 分

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年 月 日生(才)
〒 住 所	TEL (自宅) (携帯)		

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

同意した 同意していない 利用していない

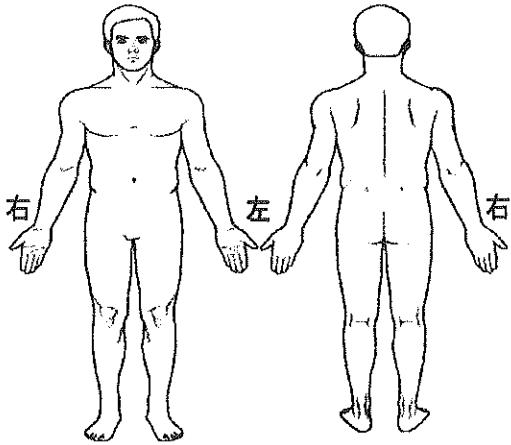
■ 他の医療機関から紹介状はありますか

ある ない

■ どこが悪いですか。右の絵に○で印をつけて下さい

■ どのような症状ですか

めまい	頭痛	話しくい
力が入らない	しびれる	いたい
はれている	切った	その他



■ いつからですか

■ 原因は下記のことですか

交通事故 勤務中（労災予定）（勤務先：_____）（TEL：_____）

■ 今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか

高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 緑内障 高脂血症
脳の病気 甲状腺の病気 その他

■ 現在通院中の病院はありますか

なし
あり 病院名：

■ これまでに大きな病気にかかったことがありますか（入院や手術をする病気等）

なし あり 病名：

いつ頃： 病院名：

■ 現在飲んでいる薬はありますか（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1か月以内のお薬のみお書きください）

いいえ

はい → 薬品名：

お薬手帳を提出します

■ 食べ物やお薬でアレルギーはありますか。ある場合はその名前を記入して下さい

なし あり 食べ物：

お薬：

■ たばこ

吸わない 吸う

■ アルコール

飲む 飲まない

■ 女性の方へ

妊娠中ですか はい いいえ 可能性がある
授乳中ですか はい いいえ

■ この1年間で「特定検診」または「高齢者検診」を受診しましたか（マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です）

いいえ はい → 受診時期（ ）指摘事項（ ）

■ 他に是非伝えておきたいことがあればご記入下さい